

患者様およびご家族様へ
臨床研究「早期栄養介入管理加算算定前後の経管栄養患者における
栄養管理状況及びアウトカムの変化」へのご協力のお願い

1. はじめに

当院では、患者様が受けた栄養療法の効果を検討する様々な臨床研究を致しています。その1つとして、「早期栄養介入管理加算算定前後の経管栄養患者における栄養管理状況及びアウトカムの変化」についての臨床研究を行います。この研究を行うためには、患者様の診療録からの医療情報が不可欠となります。これらの医療情報等の取り扱いや研究のための手続きなどについて説明させていただきますので、ご理解とご協力を頂きますようお願い致します。

本研究の対象となるのは、2025年4月から2026年3月の期間に、当院ICU・CCUに入室し、入室中に経管栄養を開始された患者様です。

本研究では、すでに電子カルテに記録された医療情報を使用させていただきますので、余分なご負担をおかけすることはありません。

2. 診療情報等の管理について

取得したデータは電子的に処理され、本研究の結果を解析するために使われます。解析のために患者様の診療に関する医療情報をそのまま使用させて頂く場合もありますが、個人情報保護のために、名前などは記号や番号に置き換えて取り扱われます。皆様の個人情報の管理は十分慎重に行い、プライバシーの漏洩がないように致します。

3. 同意または不同意について

この臨床研究への診療情報提供の同意・不同意は患者様の自由意志であり、同意しない場合でも、なんら不利益を受けることはありません。診療情報提供をご希望されない方は、お手数ですが別紙にご署名のうえ、茨城県立中央病院・臨床試験推進センターまで提出をお願い致します。

4. 研究成果の公表について

この研究によって得られた研究成果などが、学術会議や学会誌などの発表に使用される場合がありますが、公開内容には個人のプライバシーに関わることは含みません。

ご不明な点やご質問などございましたら下記連絡先までお願い致します。

2026年6月9日

〒309-1793 笠間市鯉淵 6528 TEL : 0296 - 77 - 1121 (代)
茨城県立中央病院 医療技術部 栄養管理科 前田 佳織
栄養サポート室 中林 幹雄

<不同意書>

茨城県立中央病院 病院長 殿

私は、「早期栄養介入管理加算算定前後の経管栄養患者における栄養管理状況及びアウトカムの変化」の研究に同意致しません。

令和 年 月 日

ご本人様氏名 _____

(ご本人様またはご家族様ご署名)

ご家族様氏名 _____

ご家族様をご署名の際はご本人様のお名前もご記入ください。